



2200 REFUGEE ROAD, COLUMBUS, OH 43207  
614-445-8446 | 800-627-8265  
www.hamiltontanks.com

**PERSONAL INFORMATION / INFORMACIÓN PERSONAL**

**DATE / FECHA**

|   |                               |  |                          |
|---|-------------------------------|--|--------------------------|
| NAME (LAST NAME FIRST) / NOMBRE (APPELLIDO PRIMERO) |                               | SOCIAL SECURITY NUMBER / N° DE SEGURO SOCIAL |                          |
| PRESENT ADDRESS / DIRECCIÓN ACTUAL                  | CITY / CIUDAD                 | STATE / ESADO                                | ZIP CODE / CÓDIGO POSTAL |
| PERMANENT ADDRESS / DIRECCIÓN PERMANENTE            | CITY / CIUDAD                 | STATE / ESADO                                | ZIP CODE / CÓDIGO POSTAL |
| PHONE NUMBER / TELÉFONO                             | REFERRED BY / RECOMENDADO POR |  |                          |

**EMPLOYMENT DESIRED / EMPLEO DESEADO**

|   |  |                                  |   |                  |    |
|---|--|----------------------------------|---|------------------|----|
| POSITION / PUESTO   | DATE YOU CAN START / FECHA QUE PUEDE EMPEZAR | SALARY DESIRED / SALARIO DESEADO |   |                  |    |
| ARE YOU EMPLOYED NOW?<br>¿TRABAJA ACTUALMENTE?                  | YES<br>SÍ                                    | NO                               | ARE YOU LEGALLY AUTHORIZED TO WORK IN THE U.S.A.?<br>¿ESTÁ AUTORIZADO PARA TRABAJAR LEGALMENTE EN EE.UU.? | YES<br>SÍ        | NO |
| EVER APPLIED HERE BEFORE?<br>¿A POSTULADO A ESTA COMOÑÍA ANTES? | YES<br>SÍ                                    | NO                               | WHERE? / ¿DONDE?  | WHEN? / ¿CUÁNDO? |    |

**CRIMINAL HISTORY / HISTORIA CRIMINAL**

PLEASE NOTE THAT A YES ANSWER TO ANY OF THE FOLLOWING QUESTIONS WILL NOT NECESSARILY DISQUALIFY YOU FROM EMPLOYMENT. FACTORS SUCH AS THE AGE AND TIME OF THE OFFENSE, SERIOUSNESS AND NATURE OF THE VIOLATION, AND REHABILITATION WILL BE CONSIDERED WHEN MAKING ANY EMPLOYMENT DECISIONS.  
TENGA EN CUENTA QUE UNA RESPUESTA SÍ A CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS NO LE DESCALIFICARA NECESARIAMENTE DESDE EL EMPLEO. FACTORES TALES COMO LA EDAD Y EL TIEMPO DE LA OFENSA, LA SERIEDAD Y LA NATURALEZA DE LA VIOLACIÓN Y LA REHABILITACIÓN SERÁN CONSIDERADOS CUANDO SE HAGA CUALQUIER DECISIÓN DE EMPLEO.

HAVE YOU EVER BEEN CONVICTED OF A CRIME? (DO NOT INCLUDE CONVICTIONS THAT WERE SEALED OR EXPUNGED PERSUANT TO A COURT ORDER)  
¿ALGUNA VEZ HA SIDO CONDENADO POR UN DELITO? (NO INCLUYE CONVICCIONES QUE SE SELLARON O EXPONGAN PERSUANES A UNA ORDEN DEL TRIBUNAL)

YES SÍ NO PLEASE EXPLAIN ANY "YES" ANSWER. USE ADDITIONAL PAPER IF NECESSARY.  
EXPLIQUE POR FAVOR CUALQUIER RESPUESTA "SÍ". SI ES NECESARIO, UTILICE MÁS PAPEL.

---

ARE YOU CURRENTLY AWAITING TRIAL FOR ANY CRIMINAL OFFENCE?  
¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE ESPERANDO EL JUICIO POR CUALQUIER OFENSA PENAL?

YES SÍ NO PLEASE EXPLAIN ANY "YES" ANSWER. USE ADDITIONAL PAPER IF NECESSARY.  
EXPLIQUE POR FAVOR CUALQUIER RESPUESTA "SÍ". SI ES NECESARIO, UTILICE MÁS PAPEL.

---

**EDUCATION / EDUCACIÓN**

| NAME & LOCATION OF SCHOOL / NOMBRE Y LUGAR DE LA ESCUELA   | YEARS ATTENDED<br>A OS QUE ASTITIÓ | DID YOU GRADUATE?<br>SE GRADUÓ | SUBJECTS STUDIED<br>RAMOS ESTUDIADOS |
|--|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| HIGH SCHOOL<br>ESCUELA SECUNDARIA  |                                    |                                |                                      |
| COLLEGE<br>UNIVERSIDAD   |                                    |                                |                                      |
| TRADE, BUSINESS OR CORRESPONDENCE<br>SCHOOL<br>ESCUELA DE OFICIOS, NEGOCIOS O<br>POR CORRESPONDENCIA |                                    |                                |                                      |

## GENERAL INFORMATION / INFORMACIÓN GENERAL

|  |              |
|--|--------------|
| SUBJECTS OF SPECIAL STUDY OR RESEARCH WORK / ESTUDIO ESPECIAL O TRABAJO DE INVESTIGACIÓN |              |
| SPECIAL TRAINING / CAPACITACIÓN ESPECIAL   |              |
| SPECIAL SKILLS / APTITUDES ESPECIALES  |              |
| U.S. MILITARY SERVICE / SERVICIO MILITAR (EE.UU.)  | RANK / RANGO |

## FORMER EMPLOYERS / EMPLEADORES ANTERIORES

| DATE, MONTH AND YEAR<br>FECHA, MES Y AÑO | NAME & ADDRESS OF EMPLOYER<br>NOMBRE Y DIRECCIÓN | SALARY<br>SALARIO | POSITION<br>PUESTO | REASON FOR LEAVING<br>RAZÓN DE SALIDA |               |
|--|--|-------------------|--------------------|---------------------------------------|---------------|
| FROM<br>DESDE                            |  |                   |                    |                                       | STILL<br>HERE |
| TO<br>HASTA                              |  |                   |                    |                                       |               |
| FROM<br>DESDE                            |  |                   |                    |                                       | STILL<br>HERE |
| TO<br>HASTA                              |  |                   |                    |                                       |               |
| FROM<br>DESDE                            |  |                   |                    |                                       | STILL<br>HERE |
| TO<br>HASTA                              |  |                   |                    |                                       |               |

## PERSONAL REFERENCES / REFERENCIAS PERSONAL

| NAME / NOMBRE | PHONE NUMBER / EMAIL ADDRESS<br>NÚMERO DE TELÉFONO / DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | BUSINESS / PROFESSION<br>NEGOCIO / PROFESION | YEARS KNOWN<br>AÑOS CONOCIDOS |        |
|---------------|--|--|-------------------------------|--------|
|               |  |  | YEARS                         | MONTHS |
|               |  |  | YEARS                         | MONTHS |
|               |  |  | YEARS                         | MONTHS |

## AUTHORIZATION / AUTORIZACIÓN

"I certify that the facts contained in this application are true and complete to the best of my knowledge and understand that, if employed, falsified statements on this application shall be grounds for dismissal.

I authorize investigation of all statements contained herein and the references and employers listed above to give you any and all information concerning my previous employment and any pertinent information they may have, personal or otherwise, and release the company from all liability for any damage that may result from utilization of such information.

I also understand and agree that no representative of the company has any authority to enter into any agreement for employment for any specified period of time, or to make any agreement contrary to the foregoing, unless it is in writing and signed by an authorized company representative.

This waiver does not permit the release or use of disability-related or medical information in a manner prohibited by the Americans with Disabilities Act (ADA) and other relevant federal and state laws."

"Certifico que los hechos contenidos en esta solicitud son verdaderos y completos a mi mejor entendimiento y entiendo que, si están empleados, las declaraciones falsificadas en esta solicitud serán motivo de despido.

Autorizo la investigación de todas las declaraciones contenidas en este documento y las referencias y empleadores mencionados arriba para darle toda y cualquier información concerniente a mi empleo anterior y cualquier información pertinente que ellos puedan tener, personal o de otra manera, y liberar a la compañía de cualquier responsabilidad por cualquier daño que pueda Resultado de la utilización de dicha información.

También entiendo y estoy de acuerdo en que ningún representante de la compañía tiene autoridad para firmar un acuerdo de empleo por un período de tiempo especificado, o para hacer cualquier acuerdo contrario a lo anterior, a menos que sea por escrito y firmado por un representante autorizado de la compañía.

Esta exención no permite la liberación o uso de información médica relacionada con la discapacidad de una manera prohibida por la Ley de Americanos con Discapacidades (ADA) y otras leyes federales y estatales pertinentes."

**DATE / FECHA** \_\_\_\_\_ **SIGNATURE / FIRMA** \_\_\_\_\_